

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Blanka Hamendi Hrnčířová

**Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou tumor
corporis callosum**

**Nursing care of the patient with diagnosis tumor
corporis callosum**

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor textu: **Blanka Hamendi Hrnčířová**

Studijní program: ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Heřmanová Jana**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3.LF UK

Odborný konzultant: **MUDr. Týcová Veronika**

Pracoviště odborného konzultanta: ON Kladno

Předpokládané datum obhajoby: červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila výhradně uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová/bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF.UK jsou totožné.

V Praze dne 15. dubna 2013

Blanka Hamendi Hrnčířová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. J.Heřmanové za ochotu a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za cenné rady a připomínky k práci během konzultací MUDr. Veronice Týcové.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 KLINICKÁ ČÁST OBECNÁ.....	6
1. 1 Anatomie a fyziologie mozku.....	6
1. 2 Nádorová onemocnění.....	8
1. 3 Nádory mozku a míchy (souhrnně CNS).....	9
1. 4 Glioblastoma multiforme.....	10
1. 4. 1 Epidemiologie a histopatologie.....	10
1. 4. 2 Klinický obraz.....	10
1. 4. 3 Vyšetřovací metody v diagnostice nádorových chorob CNS.....	10
1. 4. 4 Léčba nádorů CNS, prognóza.....	11
2 KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ.....	15
2. 1 Lékařská anamnéza.....	15
2. 2 Provedená vyšetření.....	18
2. 3 Průběh hospitalizace.....	19
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	20
3. 1 Ošetrovatelský proces.....	20
3. 2 Model základní ošetrovatelské péče podle V. A. Henderson.....	20
3. 2. 1 Složky základní ošetrovatelské péče podle V. A. Henderson.....	20
3. 3 Fyzikální vyšetření sestrou.....	22
3. 4 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení pacientky podle V. A. Henderson.....	23
3. 5 Ošetrovatelské diagnózy aktuální.....	26
3. 6 Ošetrovatelský plán dlouhodobý.....	35
4 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU A POTŘEB PACIENTKY.....	36
4. 1 Psychosociální dopad nemoci pro pacientku a rodinu.....	36
4. 2 Edukace.....	37
5 ZÁVĚR.....	38
6 SOUHRN.....	39
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	40
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	43
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	45

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacientky E.R. (59let), přijaté na onkologické oddělení k aktinoterapii tumoru corporis callosum. Pacientka byla hospitalizovaná 5 týdnů, během nichž absolvovala 25x ozáření oblasti mozku. Léčba proběhla dle plánu, bohužel onemocnění probíhalo velmi agresivně, takže pacientka postupně ztratila schopnost sebez péče ve všech oblastech a stala se zcela závislou na péči personálu. Už během hospitalizace byla na žádost rodiny kontaktována sociální sestra, která zajistila ještě před propuštěním pacientky službu agentury domácí péče. Všichni dospělí členové rodiny klientky se aktivně účastnili nácviku péče o nesoběstačnou pacientku.

Klinická část práce obsahuje stručný anatomický popis mozku, jeho fyziologii a patologii, klinické příznaky nádorového onemocnění mozku a používané vyšetřovací a léčebné metody. Dále uvádím stručný popis stavu pacientky 3 dny před propuštěním do domácí péče a její terapii dle lékařské dokumentace.

V ošetrovatelské části jsem nemocnou zhodnotila podle modelu V.A. Henderson a stanovila ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence v krátkodobém a dlouhodobém plánu. V hodnocení jsem vycházela z vlastního pozorování, ze získaných informací od pacientky, její rodiny, od mých kolegyně a ze zdravotnické dokumentace.

V závěru práce jsem hodnotila psychický stav pacientky a její rodiny a nutnost edukace ve všech oblastech péče o nesoběstačného pacienta, vhodném užívání kompenzačních a polohovacích pomůcek a prevenci dekubitů.

Na konci práce uvádím seznam použité literatury, zkratk a příloh.

1 KLINICKÁ ČÁST OBECNÁ

1. 1 Anatomie a fyziologie mozku

Centrální nervovou soustavu (CNS) tvoří mícha, uložená v páteřním kanálu a mozek, uložený v lebce. Základními stavebními elementy CNS jsou nervové buňky neurony a pomocné buňky gliové a ependymové. Neuron je složen z těla, obsahujícího buněčné jádro a z výběžků, které se podle směru vedení vzruchu označují jako dendrity a neurit. Dendrity přijímají podněty a vedou vzruchy do těla neuronu, axon, který je jen jeden, vede vzruch z buňky k další struktuře, jež je pak tímto vzruchem ovlivňována. Nervové buňky spolu se svými výběžky vytvářejí trojrozměrnou prostorovou síť, propojenou zvláštními kontakty zvanými synapse.

Přehled hlavních částí CNS v kaudokraniálním směru a jejich makroskopicky patrné oddíly

Medula spinalis, hřbetní mícha, je válcovitý, místy příčně oválný provazec nervové tkáně uložený v páteřním kanálu obklopený míšními obaly. Začíná pod foramen magnum, mezi kostí týlní a atlasem a končí v úrovni těla obratle L2. Středem celé míchy probíhá canalis centralis vystlaný ependymem a obsahující mozkomíšní mok. Kolem něj je soustředěna šedá hmota míšní a okolo ní je rozložena bílá hmota míšní, kterou dělíme na míšní provazce. Mícha je zdrojem spinálních nervů obsahujících aferentní i eferentní vlákna. Znamená to tedy, že vede vzruchy oběma směry: směrem k CNS i od vyšších oddílů.

Hřbetní mícha kraniálně pokračuje v *prodlouženou míchu, medulla oblongata*, která je již součástí mozkového kmene. K *mozkovému kmeni, truncus encephali*, dále řadíme *Varolův most, pons Varoli*, a *střední mozek, mesencephalon*. V mozkovém kmeni jsou obsažena jádra a odstupy hlavových nervů a retikulární formace, jež jádra mozkových nervů propojuje a má spoje i na ostatní části mozku. Dále jsou její součástí kmenová centra pro řízení dýchání, činnost srdeční i vazomotoriky.

Na dorsální straně mozkového kmene, v zadní jámě lební, je uložen *mozeček, cerebellum*. Do mozečku přicházejí velmi četné dráhy z míchy, z

vestibulárního aparátu a z mozkové kůry. Dráhy, které mozeček opouštějí, se výrazně podílejí na řízení a ladění motorických drah. Mozeček je tak důležitou složkou řízení a kontroly pohybové aktivity, zejména souhybů a koordinace cílených pohybů.

Mezi Varolův most a mezimozek je vřazen *střední mozek, mesencephalon*. Jeho dorsální strana a boční strany jsou kryty hemisférami koncového mozku, telencephalonu. Střední mozek obsahuje jádra šedých hmot a to hlavových nervů, dále červené jádro, nucleus ruber, jež je důležité místo přepojení drah kontrolující pohyby. Typickou strukturou je také velké černé jádro zvané substantia nigra, je hlavní strukturou dopaminergního systému mozku. Na střední mozek navazuje *mezimozek, diencephalon*. Dělí se na tři základní části -thalamus, subthalamus a hypothalamus. Též se k němu volně přiřazuje podvěsek mozkový, hypophysis cerebri. Hypothalamus je nadřazeným centrem všech vegetativních funkcí a místem produkce hormonů řídící činnost hypofýzy. Celý komplex se označuje jako hypothalamo-hypofyzární systém.

Největší oddíl mozku tvoří *koncový mozek, telencephalon*. Je složen ze dvou *hemisfér*. Jejich povrch je typicky zvrásněný do rýh a závitů. Základní tvary rýh jsou typické, umožňující orientaci na povrchu mozku a jasné dělení jednotlivých laloků mozkových. Rozeznáváme lalok frontální, parietální, okcipitální, temporální a insulu. Povrch hemisfér je krytý šedou kůrou mozkovou, cortex cerebri, podkorové oblasti jsou tvořeny bílou hmotou s okrsky hmoty šedé. Obě hemisféry, hemispherium dextrum et sinistrum, jsou anatomicky i funkčně spojeny komisurálními vlákny a to ve stejných místech kůry obou hemisfér. Svazky těchto vláken, komisurální dráhy, umožňují přenos vzruchů z jedné hemisféry do druhé a součinnost obou hemisfér. Největší mozková komisa je *corpus callosum*. Toto spojení obsahuje 200-300 milionů myelinizovaných, tedy bílých vláken. Vzájemně spojuje kůru pravých a levých frontálních, parietálních a okcipitálních laloků, zatímco z temporálních laloků spojují vlákna corpus callosum jen sluchové korové oblasti. Vlákná corpus callosum vytváří strop okcipitálního rohu postranní komory.

V klinické praxi dělíme mozek na část *supratentoriální*, což jsou

hemisféry mozku a mezimozek a *infratentoriální*, což je mozkový kmen a mozeček.

Mozek a mícha jsou obklopeny třemi charakteristickými obaly, mozkomíšními plenami, které mají ochranný a funkční význam. Jsou to měkká plena, pia mater, bezcévná pavoučnice, arachnoidea, a tvrdá plena, dura mater. Zcela zevně je mozek chráněn kostmi lebečními, mícha těly obratlů.

Cévní zásobení mozku je zajištěno dvěma tepnami karotickými: arteria carotis interna dextra et sinistra, a dvěma tepnami vertebrálními, arteria vertebralis dextra et sinistra. Všechny čtyři tepny jsou součástí Willisova okruhu na bazi mozku. Další důležitou strukturou je *hematoencephalická bariera*. Vytváří přechod mezi mozkovými kapilárami a mozkovou tkání, to znamená, že odděluje vnitřní prostředí mozku od cévního systému. Udržuje tak jeho stálost, chrání mozek před endogenními i exogenními toxiny v krvi a naopak brání úniku neuropřenašečů do krve. Z hlediska klinické praxe je ovšem omezená propustnost pro různá farmaka nevýhodná. (Čihák, 2004; s. 234-322)

1. 2 Nádorová onemocnění

Nádory obecně lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je neomezený růst buněk tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. Příčiny vzniku nádorů jsou zevní (fyzikální, chemické, biologické) a vnitřní, genetické.

Nádory dělíme na benigní a maligní. Benigní nádory jsou ohraničené, rostou na místě svého vzniku a nezakládají vzdálená ložiska. Zpravidla jsou dobře léčitelné s dobrou prognózou. Maligní formy nádorů rostou rychle, expanzivně, destruuje své okolí, mají invazivní charakter a zakládají vzdálená ložiska, metastázy. Šíření nádoru je možné třemi způsoby: pokračujícím místním růstem ve tkáních nebo lymfatickými cestami či krevní cestou.

Nádory klasifikujeme podle mezinárodního systému UICC pomocí hodnocení tří kategorií:

T – rozsah primárního nádoru

N – stav regionálních mízních uzlin

M – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím větší je rozsah a šíření nádoru. Možné hodnocení je například T2 N1 M0. Nelze-li stanovit klasifikaci z důvodu neprovedení vyšetření, musí se použít pro kategorizaci symbol X. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s. 35-37)

1. 3 Nádory mozku a míchy (souhrnně CNS)

Nádory CNS mají určité zvláštnosti. Prostor v lebce a páteřním kanálu je limitován a proto i nádory jinak benigní mohou ohrozit na životě svým růstem a tlakem na okolní zdravou tkáň. Prognóza onemocnění závisí na uložení, typu a rychlosti růstu nádoru.

Nádory mozku dělíme na primární a sekundární. Primární jsou takové, jež vyrůstají z mozkové tkáně nebo z okolních struktur. Sekundární mozkové nádory jsou v podstatě metastázami maligních tumorů rostoucích v jiných orgánech, nejčastěji v plicích, prsou, ledvinách. Jejich incidence je 10x vyšší než incidence primárních mozkových nádorů. Nejčastějšími typy intrakraniálních neurogenních nádorů jsou meningeomy vyrůstající z měkkých plen mozkových a velká skupina gliomů zastoupená například astrocytomy, oligodendrogliomy, ependymomy i nejzhoubnější formou glioblastomem. Obecně gliomy vysokého stupně malignity, high-grade gliomy, jsou nejčastějšími primárními mozkovými nádory u dospělých a tvoří přibližně polovinu všech těchto nádorů. Rostou rychle a přímo infiltrují okolní parenchym, ale jen zřídka metastazují mimo struktury CNS. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s. 189)

1. 4 Glioblastoma multiforme

1. 4. 1 Epidemiologie a histopatologie

Glioblastoma multiforme je nej malignější mozkový nádor u pacientů dospělého věku. Tvoří 75% všech high-grade gliomů, typicky postihuje dospělé mezi 45-75 lety. Z hlediska histopatologie je charakterizován velmi rychlým a infiltrativním růstem, značnou mitotickou aktivitou s jadernými atypii, s cévní proliferací s arteriovenózními zkraty, trombózami, krvácením a s centrální nekrózou uvnitř nádoru. Nádor zpravidla zasahuje velkou část mozkové tkáně. Pro všechny high-grade gliomy, včetně glioblastomu platí, že recidivují v místě uložení primárního nádoru po jeho odstranění. Metastazování do jiných míst v CNS či mimo CNS se stává velmi zřídka. (Šlampa, Burkoň, Komínek, 07/2010).

1. 4. 2 Klinický obraz

Celkové příznaky jsou způsobeny nitrolební hypertenzí. Zvýšený nitrolební tlak se projeví nejčastěji bolestí hlavy, nevolností, zvracením často bez nauzey, městnáním na očním pozadí, zdvojeným viděním. Často se vyskytuje vertigo, kvantitativní i kvalitativní poruchy vědomí, poruchy psychiky jako zvýšená dráždivost, citová labilita až celková změna osobnosti.

Ložiskové příznaky se projevují obrazem různých symptomů a syndromů odpovídajících lokalizaci intrakraniálního nádoru. Při supratentoriální lokalizaci se objevuje nejčastěji senzo-motorický deficit, poruchy řeči a kognitivních funkcí. Mohou se vyskytovat častěji parciální či generalizované epileptické záchvaty.

U infratentoriálních nádorů dominují příznaky vycházející z mozečkové a kmenové symptomatologie s parézami hlavových nervů. (Šlampa, Burkoň, Komínek, 07/2010)

1. 4. 3 Vyšetřovací metody v diagnostice nádorových chorob CNS

Mezi základní metody patří neurologické vyšetření s odebráním anamnézy a fyzikálním vyšetřením různých reflexů. Je samozřejmě prováděné spolu s celkovým vyšetřením nemocného a provedením odběrů krve na hematologické a biochemické vyšetření.

Ze zobrazovacích metod je základním vyšetřením při podezření na tumor v

CNS *magnetická rezonance* (MR). Je možné rozšířené provedení MR angiografické, perfuzní, která hodnotí průtok krve mozkem, což je důležitý údaj pro určení gradingu tumoru. Další možnost je provedení spektrální MR, jež rozlišuje metabolity v tumoru a ve zdravé tkáni a pomáhá rozlišit tkáň nádoru a radiační nekrózy. Při pozitivitě vyšetření MR se zobrazí heterogenní, expanzivní útvar, často utlačující komory. Typické je prstenčité zvýšení denzity na okraji centrálně uložených nekrotických oblastí přecházejících do okolního edému.

V případě kontraindikace MR při diagnostice je důležité provést *počítačovou tomografii* (CT). Toto vyšetření umožní nádor lokalizovat a určit jeho velikost, strukturu a vztah k okolním tkáním a orgánům.

Další zobrazovací metodou je *pozitronová emisní tomografie* (PET). Tato metoda je přínosná pro odlišení recidivy nádoru od postradiačních nekrotických ložisek v mozkové tkáni. (Šlampa, Burkoň, Komínek, 07/2010)

Po získání informace o uložení tumoru je diagnóza upřesněna *cytologickým a histologickým* vyšetřením. Materiál k těmto vyšetřením se získává z *lumbální punkce*, nebo z *biopsie* mozku. Na základě takzvané verifikace (potvrzení) typu nádoru tým lékařů rozhodne o nejefektivnější léčbě pro pacienta. Jen ve výjimečných případech lze léčbu indikovat u neověřených tumorů, například při neúnosném riziku plynoucím z punkce či operace v oblasti mozkového kmene.

1. 4. 4 Léčba nádorů CNS, prognóza

Léčebná strategie musí být určena multidisciplinárním týmem ve složení: neurochirurg, radiační a klinický onkolog, neurolog a histopatolog.

Léčba mozkových nádorů je vždy komplexní a zahrnuje radikální operaci, aktinoterapii, případně chemoterapii a symptomatickou léčbu.

Cílem kurativního *chirurgického zásahu* je odstranění celého tumoru a získání definitivní histologické diagnózy. Ne vždy je možná totální resekce nádoru, neboť bývá často lokalizován v blízkosti důležitých nervových drah a má obvykle neostře hranice mezi zdravými a nádorovými buňkami. K chirurgickému výkonu se řadí i radiochirurgický, pomocí Leksellova nože. Následný krok je

zpravidla aktinoterapie operované oblasti.

Aktinoterapie, nebo-li léčba ionizujícím zářením, využívá skutečnosti, že buňky s vysokou proliferační (mitotickou) aktivitou a zároveň špatně diferencované, bývají velice citlivé vůči radioaktivnímu záření. Takové jsou právě buňky zhoubných, rychle rostoucích nádorů. V radioterapii se využívají radionuklidy emitující záření gama. Jsou to tzv. kobaltové a cesiové ozařovače. Terčem radiačního působení na buňku je DNA. Aplikace nádorové letální dávky vyžaduje maximální účinek na nádor, ale minimální poškození zdravého okolí. Každá radioterapie má vedlejší účinky, způsobené poškozením zdravých orgánů a tkání procházejícím paprskem. Časně reakce jsou výrazné zejména na kůži a sliznicích. Pozdní reakce se objeví někdy až za několik let po ozáření. (Rosina, 2006;s. 207-208)

Ozařování je plánováno nejčastěji frakcionovaně, to znamená, že celková dávka záření je rozdělena do více dílčích dávek. Nejběžnější je frakcionace každodenní kromě víkendů, obvykle 5x 2,0 Gy/týden. V přestávce mezi jednotlivými frakcemi dochází k reparaci radiačních škod. Tyto reparační pochody jsou rychlejší a úspěšnější ve zdravé tkáni než ve tkáni nádorové. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s. 75)

Úspěšnost *chemoterapie* mozkových nádorů je limitována sníženou průchodností cytostatik do mozku přes hematoencephalickou bariéru a také pro malou citlivost většiny nádorů této skupiny. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s.190)

Symptomatologická léčba, neboli podpůrná, je nezbytná. Průvodní potíže onemocnění snižují kvalitu života pacienta a některé ho mohou i ohrozit na životě. Podpůrná léčba je zaměřena ke zmírnění obtíží vyvolaných přímo nádorem, nebo jeho léčbou. Důležitou součástí této péče je i snaha o mírnění psychosociálních a duševních obtíží pacienta i jeho blízkých. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s. 51)

Mezi závažné obtíže patří nitrolební hypertenze. Řeší se úvodním podáváním hypertonického roztoku Manitolu, současně s podáváním kortikoidů v

injekční formě (Dexamed) a následně v tabletové formě (Fortecortin).

Dalším nežádoucím projevem léčby může být nausea a emesis, více po chemoterapii. Podáváním antiemetik lze výrazně tyto potíže potlačit. Antiemetika jsou nejúčinnější při preventivním podání, tedy ještě před vznikem potíží. Antiemetická profylaxe je zajištěna podáváním léků z řady setronů (Ondasetron, Aloxi), kortikoidů (Dexamed), inhibitorů NK1 receptorů (Emend), blokátorů D2 receptorů (Metoklopramid) či benzodiazepinů (Alprazolam). (Tomáška, 2012; s.20))

Možné epileptické záchvaty se řeší dlouhodobým podáváním antiepileptik (Rivotril), či injekčním podáním benzodiazepinu v akutním stavu (Apaurin).

Léčba a rozpoznání typu bolesti je neméně důležitá. Je to jeden z nejčastějších a nejobávanějších symptomů nádorového onemocnění. Předpokladem dobrého nastavení analgezie je správné zhodnocení bolesti, to znamená objasnění mechanismu vzniku bolesti, její lokalizace, intenzita, charakter. Dávku a druh analgetika lékař určuje dle stavu pacienta. Řídí se především intenzitou bolesti, kterou udává pacient. Mezi užívaná analgetika patří neopioidní (např.Paracetamol, Ibuprofen, Indometacin, Novalgin), slabé opioidy (např.Tramadol, Kodein) a pro léčbu silné bolesti opioidy (např.Morfin, Fentanyl, Oxycodon).

U pacientů se během léčby velmi často dostávají stavy úzkosti a depresí plynoucí z obav a nejistoty ze své nemoci. Proto je vhodné podávání anxiolytik z řady benzodiazepinů a antidepresiv, nejčastěji Lexaurin tbl, Citalopram tbl.

Součástí onkologické péče je snaha zabránit zhoršování nutričního stavu pacienta při terapii. Permisivní nutriční podpora znamená účinnou intervenci, která má udržet nutriční stav nemocného a umožnit dokončení onkologické léčby bez odkladů či redukce dávek. S tím úzce souvisí snaha o předcházení či zmírnění symptomů omezujících příjem stravy a prohlubujících malnutrici. Intervence probíhá formou opakované edukace ohledně výživy a nabídky tekutých nutričních suplementů formou sippingu. (Tomáška, 2012; s. 63)

Nejméně závažná komplikace léčby, při dobré prevenci, je reakce kůže a

sliznic na ozařování. Typické spálenině se dá snadno předejít pravidelným promazáváním ozařované plochy na kůži mastí Calcium panthotenicum, v dutině ústní sliznici vyplachujeme slézovým čajem, či roztokem Caphosolu. Při obtížném, bolestivém polykání lze zmírnit obtíže užitím prokainového želé na sliznici dutiny ústní.

V onkologické léčbě se lze setkat s termínem *nekurativní protinádorová léčba*, jež je většinou úzce spjata s *léčbou paliativní*. WHO ji definuje jako aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako zmírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienta a jeho rodinu. Je to léčba, jež nevede k vyléčení, ale může prodloužit přežití a zmírnit nebo vyloučit některé symptomy a komplikace nádoru i ve velmi pokročilých, či terminálních stádiích nemoci.

V paliativní péči je nutná mezioborová spolupráce lékařů a zároveň úzká spolupráce s nelékařskými profesemi, především se sestrami, sociálními pracovníky, psychology. Je vhodné zajistit možnost péče duchovního nebo vyškolených dobrovolníků. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006; s. 151-154)

Prognóza pacientů s tumorem glioblastoma multiforme je velmi špatná. Doba přežití je několik měsíců od objevení prvních příznaků. Základními prognostickými faktory jsou věk pacienta, histologický výsledek, rozsah chirurgického výkonu a celkový stav pacienta.

2 KLINICKÁ ČÁST SPECIÁLNÍ

2. 1 Lékařská anamnéza

Osobní údaje: paní E.R., narozena 1953, 58 let

Hospitalizována: od 2. 11. 2011 do 16. 12. 2011

Nynější onemocnění: V polovině září náhle vzniklá porucha krátkodobé paměti, bolesti hlavy, zvracení. Hospitalizována na neurologickém oddělení, provedeno vyšetření CT a MR. Zjištěn objemný tumor mozku v oblasti corpus callosum, dle zobrazovacích metod pravděpodobně glioblastom. Pacientka odeslána na specializované pracoviště k biopsii mozku, odběr však není histologicky průkazný. Do 31. 10. 2011 opakovaně hospitalizována na neurologickém oddělení pro nitrolební hypertenzi, 2. 11. 2011 přeložena na onkologické oddělení k paliativní aktinoterapii intrakraniálního tumoru.

Osobní anamnéza: hypertenze na terapii,
st.p. hysterektomii a adnexektomii pro uterus myomatosus
2005
st.p. operaci syndromu karpálního tunelu 2008
myopie
st.p. biopsii mozku 9/2011

Farmakologická anamnéza:

LOKREN tbl

LS: antihypertenzivum, betablokátor

I: léčba hypertenze, mírné až středně těžké formy

NÚ: závratě, bolesti hlavy, slabost, zpomalení srdeční frekvence

HELICID cpsl

LS: antiulcerativní lék

I: léčba žaludečního a duodenálního vředu, refluxní ezofagitidy, prevence vředové choroby při léčbě kortikoidy

NÚ: bolest hlavy, průjem, zácpa, pocit ospalosti

DEXAMED inj

LS: glukokortikoid

I: léčba mozkového edemu, šokové stavy, těžké infekce, imunosuprese

NÚ: potlačení osy hypothalamus-hypofyza-nadledvina, Cushingoidní obličej, hirsutismus, dyspepsie, peptické vředy, kandidóza

MIRZATEN tbl

LS: antidepresivum

I: deprese, pocity úzkosti

NÚ: zvýšená chuť k jídlu, přírůstek hmotnosti, otoky DK, závratě

TIAPRIDAL tbl

LS: neuroleptikum

I: léčba těžkých poruch chování a mimovolních pohybů

NÚ: závratě, ospalost, netečnost, únava

XANAX tbl

LS: benzodiazepin

I: léčba úzkosti, panické poruchy

NÚ: ospalost, útlum, poruchy paměti, otoky končetin

KCL tbl

LS: přípravek obsahující draslík

I: k předcházení a léčbě nedostatku draslíku

NÚ: dráždění sliznice GIT, nevolnost, plynatost, vysoká hladina draslíku v krvi

CALCIUM PANTHOTENICUM ung.

LS: dermatologikum

I: podpora hojení malých ran

NÚ: zarudnutí kůže, svědění, pálení

Alergologická anamnéza: neguje

Gynekologická anamnéza: menses asi od 13 let, menarche nedokáže určit, gravidita 3x, porody 3x, neví v kolika letech, hormonální přípravky neužívala

Rodinná anamnéza: u rodičů udává kardiovaskulární choroby, děti zdravé, onkologická anamnéza negativní

Pracovní anamnéza: ve starobním důchodu, dříve pracovala jako poštovní doručovatelka

Sociální anamnéza: žije s manželem v rodinném domku, s dětmi se stýká

Abusus: alkohol příležitostně, spíše víno, nekuřačka, černá káva 2x den, drogy neužívá

Status preasens: Pacientka při vědomí, somnolentní, rámcově orientována, snaží se spolupracovat, normostenická, stav výživy a hydratace přiměřený, kůže prokrvená, bez ikteru a cyanozy, afebrilní, bolesti hlavy neguje, unavená, bez známek dušnosti, pohyby nekoordinované, poloha aktivní, výška 165 cm, váha 69 kg, TK 140/90, P 72', TT 36,4°, D 15'.

Hlava: mezocefalická, poklepově nebolestivá, ozařované

pole klidné, výstupy n. trigeminus nebolestivé, inervace n. III a VII bez poruchy, zornice izokorické, fotoreakce ++, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk pláží středem, růžový, bez povlaku.

Krk: krční páteř pohyblivá, hrdlo klidné, tonzily nezvětšené, štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená.

Hrudník: souměrný, mammy bez hmatné rezistence, dýchání čisté, sklípkové, poklep plný, jasný, akce srdeční pravidelná.

Břicho: měkké, nebolestivé, bez hmatných rezistencí, peristaltika slyšitelná, inguinální uzliny nehmatné.

DKK: bez otoku, bez známek zánětu, varixy 0.

2. 2 Provedená vyšetření:

22. 9. 2011 *CT mozku:* nález expanzivního útvaru vycházejícího ze splenia corporis callosum, solidního tvaru, pravděpodobně s cystickou složkou

23. 9. 2011 *MR mozku:* určen glioblastom grading IV, s vazogenním edémem, s výrazným útlakem zadních rohů obou postranních komor, multicentrický se 3 satelitními ložisky s přítomností mikrokalcifikací či hemosiderinu v ložisku, svědčí pro proběhlou hemorhagii v tumoru

24. 9. 2011 *Rtg S+P:* elongovaná hrudní aorta, suspektní plicní emfyzem

25. 9. 2011 *biopsie mozku:* neprůkazná

20. 10. 2011 *neuroonkologický seminář:* operační řešení zamítnuto, doporučena paliativní aktinoterapie

3. 11. 2011 *psychologické vyšetření:* pacientka úzkostně depresivní, citově labilní, plačtivá, obtížně odklonitelná, přítomny suicidální myšlenky, deficit kognitivních funkcí, narušení všech schopností, zachována schopnost krátkodobě zaměřit pozornost a schopnost opakování

3. 11. 2011 *psychiatrické konzilium:* zjištěna organická porucha nálady,

doporučena farmakoterapie

Stanovená diagnóza: tumor corporis callosi, glioblastoma multiforme grading IV, v.s. dle MR

Plán aktinoterapie: paliativní telecoterapie na oblast tu cerebri, technika 2 kontrapolí s bloky, jednotlivá frakce 2,3 Gy, do celkové dávky 41,4 Gy (18x 2,3 Gy)

2. 3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přeložena z neurologického oddělení k plánované paliativní aktinoterapii. Byla jí stanovena dieta č. 9, diabetická, s omezením cukrů na 275 g/den. Podávaná antiedematózní medikace zpočátku dobře potlačovala nitrolební hypertenzi. Pacientka absolvovala zaměření tumoru pod CT kontrolou a poté dva týdny probíhala vlastní léčba zářením. Na ozařovně nemocná spolupracovala, dokázala vydržet několik minut v klidu ležet na zádech se zafixovanou hlavou, převozy sanitou do pavilonu s ozařovnou snášela dobře. Každý výjezd byl s doprovodem personálu. Po dvou týdnech došlo ke zhoršení celkového stavu a proto byla aktinoterapie po 12 frakcích předčasně ukončena. V klinicky relativně stabilizovaném stavu byla na žádost rodiny propuštěna 16. 12. 2011 domů. Pacientka i rodina byla poučena o prognóze. Dále byly předány kontakty na agenturu domácí péče, rodina byla poučena o možnosti telefonické i osobní konzultace v ambulanci kdykoliv.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3. 1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální a cyklická metoda poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě všeobecně použitelná ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřená pro neustálé přehodnocování péče na základě změny aktuálního stavu. Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování ošetřovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb pacienta, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti. Ošetřovatelský proces se skládá ze vzájemně propojených a podmíněných kroků: posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení péče. (Plevová, 2011; s. 105-108)

3. 2 Model základní ošetřovatelské péče podle V. A.

Henderson

Virginie Avenell Henderson vnímá ošetřovatelskou péči jako pomoc jedinci udržet si svou soběstačnost a nezávislost na svém okolí při uspokojování svých potřeb. V situacích, kdy jedinec nemá dost sil, vůle či vědomostí dochází k poruše nezávislosti, projevům neuspokojených potřeb spojených s poruchou zdraví a přítomnosti choroby. Tehdy nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta sestra vhodnou ošetřovatelskou péčí. Ta spočívá v identifikaci rozsahu nesoběstačnosti v oblasti 14 základních potřeb jedince. Současně naplňuje vhodné intervence, realizuje je a zpětně hodnotí. Každý plán je ve všech oblastech ovlivněný věkem, všemi schopnostmi pacienta i patologickým stavem a symptomy, měl by být modifikovaný v určitých časových intervalech a vždy podle aktuálních potřeb a rozsahu soběstačnosti pacienta. Samozřejmě musí být v souladu s medicínským plánem terapie. (Pavlíková, 2006; s.43-51)

3. 2. 1 Složky základní ošetřovatelské péče podle V. A. Henderson

Složky (komponenty) základní ošetřovatelské péče vychází ze čtrnácti základních potřeb jedince, které V. A. Henderson definovala. Jsou to tyto složky:

1. pomoc pacientovi normálně dýchat
2. pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
3. pomoc pacientovi při vylučování
4. pomoc pacientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
6. pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí
8. pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
9. pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých
10. pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
11. pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
12. pomoc pacientovi při práci, produktivní činnosti
13. pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Aktivity sestry jako vykonavatelky základní ošetrovatelské péče zahrnují pomoc jedinci při uspokojování jeho čtrnácti potřeb. Sestra pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta může jen v případě jeho úplné závislosti. (Pavlíková, 2006; s. 43-51)

Model V. A. Henderson jsem vybrala záměrně, protože nejlépe vystihuje přístup sestry k pacientům s výrazně narušenou soběstačností a nezávislostí tak,

jak je tomu u mé pacientky.

3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Paní E. R., ročník 1953, věk 58 let, přijata k paliativní aktinoterapii oblasti mozku, pátý týden hospitalizace, 3 dny před plánovaným propuštěním.

Status praesens:

Pacientka je somnolentní, na dotek a oslovení probuditelná, snaží se spolupracovat, místem a denní dobou orientovaná, datum dnešního dne ani měsíc v roce neví, roční období udává dobře. Je přiměřeného habitu, zaujímá aktivní polohu provázenou špatně koordinovanými pohyby, na otázky odpovídá v krátkých slovních spojení, většinou přiléhavě, ale těžko a dlouho hledá výrazy.

Výška: 165 cm

Váha: 69 kg

Fyziologické funkce: TK 140/90, P 72', TT 36,4°, D 15'

Dýchání je čisté, sklípkové, sliznice dutiny nosní bez známek sekrece, patrové oblouky v dutině ústní růžové, hladké, jazyk růžový, vlhký, mírně povleklý, plazit ho ve střední čáře nedokáže, má tendence olizovat rty, chrup má vlastní, sanován.

Akce srdeční je pravidelná, šelesty ani nepravidelnosti neslyším.

Břicho měkké, nebolestivé, rezistence nehmatám.

Hybnost velkých i malých kloubů přiměřená věku, nebolestivá, DKK bez otoků, bez známek varixů, kůže teplá.

Stav výživy a hydratace přiměřený, kůže je prokrvená, bez ikteru, cyanozy či hematomů, kožní turgor dobrý, ozařované pole v oblasti týlu hlavy klidné.

Kůže na celém těle je spíše suchá, na genitálu zarudlá, paty na DKK jsou rozpraskané.

Vylučování: čirá, světlá moč, stolice formovaná, hnědá, pravidelná.

Hodnocení sebeděče dle Barthelové: 15 dosažených bodů v testu, pacientka je vysoce závislá na péči druhých.

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 16 dosažených bodů na stupnici, riziko je střední, aktivní pohyb na lůžku je zachován.

Riziko pádu, hodnocené screeningovým nástrojem dle Conleyové je vysoké, pacientka dosáhla 14 bodů z 19

Riziko malnutrice je nízké, BMI je 25.3. Pacientka jí s chutí celé nabízené porce v pravidelných intervalech 5x denně, příjem tekutin je cca 1500 ml per os za den.

Bolesti pacientka neguje.

3. 4 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení pacientky podle

V. A. Henderson

Pomoc pacientce normálně dýchat

Pacientka po celou dobu hospitalizace objektivně dýchá bez obtíží, bez známek dušnosti klidové či námahové, rýmy či kašle. Subjektivně též neudává žádné obtíže.

Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin

Pacientka i její rodina byla už při přijetí poučena o nutnosti dodržování diety č.9, tedy diabetické, s omezením cukru na 275g/den. Potraviny a nápoje donesené z domova jsou označené jmenovkou a uloženy do lednice určené pro pacienty. Při podávání jídla pacientku plně zastupuji, krmím ji a kontroluji množství snědené porce, po několika týdnech ozařování a při progresi onemocnění je pacientka plně závislá na péči a obsluze sestrou. Nepoužívá příbor ani lžici a jí jenom rukama. Tekutiny přijímá z plastových lahvíček s neprotékajícím hrdlem, napít se z hrnečku či skleničky nedokáže. Vlivem velkého postižení CNS trpí takřka úplnou ztrátou koordinace a přes veškerou její snahu končí značná část jídla na zemi nebo v posteli. Klientka je tak plně závislá na obsluze sestry. Přesto má chuť k jídlu a dokáže vyjádřit potřebu se napít.

Objektivně je pacientka dostatečně hydratovaná (vlhký jazyk i sliznice v dutině ústní, kožní turgor v normě), neubývá na váze ani netloustne.

Pomoc pacientce při vylučování

Pacientka trpí inkontinencí moče, bohužel si to uvědomuje, po vysazení na podložní mísu se pacientce buď nedaří uvolnit a vyprázdnit se, nebo se vymočí mimo mísu. Často zapomíná, proč na míse sedí. Stolice odchází pravidelně, nejčastěji ráno po snídani, je pevná, normálního vzhledu. Nemocná používá s pomocí personálu plenkové kalhotky ve dne i v noci.

Pomoc pacientce při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)

Vleže v posteli s postranicemi je pacientka spokojená, dokáže se sama přetáčet z boku na bok, pokud je přikrytá a má přikrývkou ohraničené tělo, klidně odpočívá. K podávání stravy se za pomoci personálu pacientka posazuje v lůžku, bohužel nezvládá sed s nohama z lůžka, neudrží rovnováhu a nepomáhá ani vypodložení polštáři. Chůze pacientka není schopná, přepravy na vozíku pouze na krátké vzdálenosti a přikurtovaná bezpečnostními pásy. Riziko pádu si uvědomuje.

Pomoc pacientce při spánku a odpočinku

Pacientka nemá potíže s usínáním a spánkem v noci, naopak má zvýšenou potřebu spánku i během dne. Po náročné léčbě je unavená, usíná v podstatě po každém jídle minimálně na celou hodinu, pospává i při návštěvách během hovoru. Na dotek či oslovení se ale vzbudí.

Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

S pacientkou jsem se domluvila na oblékání nemocniční košile anděl, protože není tak náročná na oblékání a svlékání a sama pacientka tolik vlastních pyžam na převlečení ve stolku nemá. Nemocnou je nutné opakovaně během dne převlékat z důvodu častého znečištění během stolování a pití. Pacientka a její rodina souhlasí.

Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Nemocná nemá výkyvy tělesné teploty, není zimomřivá, ale má ráda, když je „zachumlaná“ v přikrývce.

Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Pacientka nedokáže samostatně provést ani základní hygienu, je plně závislá na péči sestry. Základní hygiena probíhá na lůžku, pacientka se snaží pomáhat sušit se ručníkem. Celkovou koupel na vozíku ve sprše zvládá s obtížemi. Hygienu dutiny ústní provede sama, pouze pokud jí ruku se zubním kartáčkem někdo vede. Chrup má vlastní, sanován. Učesat se nezvládne. Pokožku celého těla má suchou, je nutné ji promazávat tělovým mlékem, na okorale rty používá pomádu. Pokožka ozařovaného pole na hlavě je mírně zarůžovělá, preventivně je promazávaná mastí Calcium panthotenicum. Kůže na genitálu je podrážděná, začervenalá z důvodu inkontinence, je nutné ji po vysušení ošetřit Menalind pastou. Rozpraskané paty má ošetřené krémem.

Pomoc pacientce vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Klientka trpí závratěmi, má výrazně narušenou koordinaci pohybů i jemné motoriky. Časem a místem je většinou orientovaná, osoby mimo rodinu si plete. Musí mít připevněné postranice k lůžku, jakákoliv činnost je nutná s dohledem a pomocí personálu. Léky užívané per os dokáže spolknout, pokud jí je vloží sestra až do úst a dostatečně je zapije. Má tendence vkládat do úst drobné předměty, které nalezne ve svém dosahu. Cíleně použít signalizační zařízení dokáže jen občas.

Pomoc pacientce při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Nemocná komunikuje a spolupracuje ochotně, ale vážne porozumění i jednoduchým úkolům. Nedokáže si často vybavit slova, nebo nerozumí jejich významu, nedokáže pojmenovat předměty denní potřeby. Tento stav je pro ni stresující, reaguje někdy až plačtivě. Zároveň neudrží dlouhodobě pozornost a zapomíná i proč je hospitalizovaná, ví, že je něco špatně a vadí jí, že to nedokáže

napravit. Vidí a slyší dobře. Návštěvy rodiny a přátel má neomezené. Kolem lůžka má rozmístěné fotografie dětí a vnoučat. Pacientka i její rodina je v péči psychologa.

Pomoc pacientce při vyznávání její víry

Pacientka nevyznává žádnou víru. Ona ani její rodina nevyžadují kontakt s knězem, či jiným představitelem církve.

Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti

Klientka je krátce ve starobním důchodu, zaměstnaná byla na poště jako doručovatelka. Rodina uvádí, že před onemocněním rekreačně sportovala, věnovala se zahrádce, hodně četla. Nyní neprojevuje zájem o žádné činnosti, pouze akceptuje léčbu a snaží se vyhovět rehabilitační sestře při cvičení.

Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Pacientka je unavená, většinu času prospí. Má možnost poslouchat radio.

Pomoc pacientce při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

Pacientka má výrazný deficit kognitivních funkcí, jako je pozornost, paměť, vybavování si nových i starých informací. Dokáže ale na výzvu krátkodobě zaměřit pozornost. Vnímá denní režim oddělení, chápe nutnost převozů sanitou na ozařovnu, nebo na vyšetření v centrální budově nemocnice.

3. 5 Ošetřovatelské diagnózy aktuální

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila 24. den hospitalizace, tedy 3 dny před plánovaným propuštěním do domácího prostředí. Všechny diagnózy jsem tedy řešila i s rodinou nemocné v rámci edukace a jejich přípravy k převzetí nemocné domů. Řazení jednotlivých diagnóz je podle naléhavosti a nutnosti intervencí, všechny diagnózy jsou vhodné k zahrnutí i do dlouhodobého plánu péče, který bude předán a vysvětlen rodině.

1. Deficit sebedpěče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy a vyprazdňování z důvodu onemocnění CNS a celkové slabosti.

Ošetrovatelský cíl:

- nemocná bude s pomocí personálu aktivně zapojená do nácviku a opakování všedních denních činností
- udrží si stávající schopnost sebedpěče v oblasti příjmu potravy (dokáže se najíst rukama, lžící) a vyprazdňování (dokáže upozornit sestru na svou potřebu).
- při podávání stravy a nápojů nedojde k aspiraci.

Ošetrovatelské intervence:

- pravidelně hodnotit míru soběstačnosti, vzhledem k prognóze i v průběhu dne
- zajistit základní potřeby nemocné, podávání stravy ohřáté na maximálně 40°C tekutiny budou podávány z neprotékající lahve či hrnečku o objemu do 200 ml
- během podávání stravy a tekutin bude mít pacientka zvýšenou polohu hlavy a trupu
- zajistit pomoc při defekaci, močení, péči o PMK, vypouštění sběrného sáčku
- zajistit pomůcky k lůžku, na dosah nemocné
- zajistit edukaci rodiny o péči o nesoběstačného pacienta v domácím prostředí
- pacientku chválit, motivovat, povzbuzovat ve snaze o samostatné provádění činností

Realizace:

Podle testu základních všedních činností dle Barthelové pacientka dosáhla vysokého stupně závislosti. Hygienická péče probíhala pouze na lůžku. Pacientku

jsem omývala, mydlila a oplachovala, pacientka měla za úkol se sušit ručníkem všude, kam dosáhla, byť to pro ni nebylo pro špatnou koordinaci pohybů vůbec snadné. Měla radost, že se může podílet na vlastní hygieně a nemusí jen pasivně přihlížet. S pomocí se přetáčela sama na boky, takže výměna lůžkovin proběhla bez problémů. Během výkonu jsem jí opakovaně vysvětlovala, proč by neměla používat mýdlo ani šampon na ozařované místo a naopak jsem zdůrazňovala význam dostatečného promašťování pokožky. Pacientka měla ve stolku vlastní tekuté mýdlo, tělové mléko i krém na obličej. Po jejich použití se cítila dobře, byla to vůně, kterou důvěrně znala a uklidňovalo ji to. Pouze ozařovanou oblast jsem promazala dle ordinace lékaře mastí Calcium panthotenicum a oblast genitálu Menalind pastou. Na zubní kartáček jsem jí dala přiměřené množství pasty, vložila jí ho do ruky a ruku vedla. Dbala jsem, aby si pacientka nekoordinovanými pohyby neporanila dásně. Ranní hygiena byla pro nemocnou snadnější než večerní, neboť byla po nočním spánku odpočínutá. Nemocná přijímala stravu na lůžku. S pomocí kolegyně jsem paní posadila a podložila polštáři, aby co nejdéle vydržela v sedu a mohla se sama podílet na krmení a zároveň abychom předešli možnému riziku vdechnutí kousků jídla. Studená, nevařená jídla, jako pečivo a ovoce, jsem pacientce nakrájela a namazala na talířku na kousky tak, aby si je sama mohla brát a vkládat do úst. Vařená jídla jsem též pokrájela, ale pacientku jsem krmila sama. Veškeré nápoje měla v malé plastové lahvi s neprotékajícím uzávěrem v dosahu na stolku. Malá lahev se pacientce lépe držela a proto se zvládla sama napít. Lahev jsem pravidelně doplňovala tekutinou dle výběru pacientky. Léky v tabletové formě jsem nemocné vkládala přímo do úst, po důkladném zapití je zvládla spolknout. S ošetřující lékařkou i pacientkou jsem se dohodla na zavedení permanentního močového katetru č.16. Katetr má zabránit zhoršení opruzenin a zvýšit komfort pacientky. Pacientka byla spokojená, měla suchou pokožku, šlo dobře sledovat příjem a výdej tekutin. Při návštěvě rodiny jsem její příbuzné naučila vypouštět a měnit sběrný sáček. Nemocnou i její rodinu jsem povzbuzovala a pochválila, přestože jsou nezdravotníci, přesně chápali všechny instrukce.

Zhodnocení:

Vzhledem k diagnóze a stavu pacientky takřka všechny činnosti proběhly za pomoci personálu. Přesto se jich pacientka snažila sama aktivně účastnit. Je nutné ji i nadále v aktivitě podporovat a udržet co nejdéle schopnosti, které vykazuje.

2. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK.

Ošetrovatelský cíl:

- u pacientky se neprojeví známky infekce v místě zavedení PŽK a PMK (předloktí LHK, zevní ústí močové trubice)
- včas odhalit počínající známky infekce

Ošetrovatelská intervence:

- sledovat místa zavedení
- dodržovat aseptické postupy při aplikaci léků do PŽK
- sledovat délku zavedení katétrů
- sledovat charakter moče (barva, příměsi)
- dbát na pravidelnou výměnu sterilního krytí v místě zavedení PŽK
- informovat lékaře o počátečních příznacích infekce v místech zavedení i příznacích celkových.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po ranní hygieně jsem asepticky převázala zavedený žilní katétr, zkusila průchodnost a ujistila se, že pacientka subjektivně necítí pálení ani jiný dyskomfort v ruce, v níž je katétr zaveden. Opakovaně jsem se ptala i při každé intravenózní aplikaci léku. Žilní katétr byl zaveden 48 hodin. Permanentní močový katétr jsem asepticky zavedla v dopoledních hodinách, pacientka byla klidná, pálení či tlak v močových cestách negovala, katétr odváděl čirou, světlou moč.

Zhodnocení:

Známky infekce se neprojevily, oba katétry plní svou funkci, pacientka nemá se zavedením problém.

3. Potenciální riziko pádu z důvodu onemocnění CNS, slabosti, ztráty orientace a podávané medikace.

Ošetrovatelský cíl:

- u pacientky nedojde k úrazu ani k pádu
- pacientka rozumí podaným informacím

Ošetrovatelské intervence :

- zhodnotit riziko pádu a rozsah poruchy orientace
- poučovat pacientku opakovaně o nebezpečí a riziku pádu, způsobu prevence a opatřeních
- upravit bezpečně lůžko a jeho okolí (vhodné kompenzační pomůcky, osvětlení)
- zajistit pomůcky (zábrana, hrazda)
- zajistit pomůcky denní potřeby k lůžku
- zajistit zvýšený dohled všech členů personálu nad nemocnou

Realizace ošetrovatelské péče:

Během rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že pacientka není úplně orientovaná místem, časem a prostorem. Osoby známé, včetně personálu, od neznámých rozlišit dokázala. Věděla, že je v nemocnici, ale nevěděla ve které a na jakém oddělení. Správně uvedla pouze roční dobu, nikoliv měsíc a den. Ztráta orientace v prostoru a schopnosti koordinace pohybu nemocnou obtěžovala a ohrožovala nejvíce.

Veškerý personál na oddělení byl informován o nutnosti zvýšeného dohledu nad pacientkou, neboť riziko pádu bylo vysoké. Pacientka zůstávala sama bez dozoru pouze pokud byla uložena a přikrytá přikrývkou, měla zvednuté a

zabezpečené postranní zábrany u lůžka. Všechny pomůcky, signalizační zařízení a lahev s pitím jsem dala na stolek po levé ruce pacientky. S kolegyněmi jsem se domluvila, že toto uspořádání zůstane do konce hospitalizace. Výklopná deska nočního stolku byla natočena tak, aby pacientka pohodlně dosáhla na lahvičku s pitím, aniž by se musela pokoušet sama zvedat. Nemocné jsem opakovaně ukazovala uložení všech předmětů, otáčela ji směrem ke stolku, vedla jí ruku směrem k lahvi či kapesníku. Při přenášení pacientky z lůžka na sanitní vozík byli přítomni 4 zdravotníci.

Zhodnocení plánu:

U pacientky nedošlo k pádu, na konci dne věděla, na které straně lůžka má všechny pomůcky a sama se natáčela správným směrem. Nemocná se cítila bezpečně, všechna opatření respektovala.

4. Potenciální riziko hyper/hypoglykemie z důvodu léčby vysokými dávkami kortikoidů

Ošetrovatelský cíl:

- včasné odhalení výkyvu glykemické křivky
- pacientka chápe nutnost dodržování dietního režimu

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat projevy hyperglykemie, hypoglykemie
- monitorovat hodnoty glykemie periodicky (v 6, 11, 17 a 22 hod) a epizodicky (při podezření na pokles či zvýšení hladiny cukru v krvi)
- zajistit a sledovat příjem potravy a tekutin v pravidelných intervalech

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce jsem pomocí glukometru měřila glykémii z kapilární krve dle ordinace lékařky 4x za den. Odběr krve jsem prováděla z prstů levé ruky. Nemocná měla v nemocniční kuchyni objednanou dietu č.9, tedy diabetickou, s omezením cukrů na 275g/den. Před podáváním stravy jsem se ujistila, že obsah přepravní kapsle odpovídá objednané dietě. Protože jsem pacientku sama krmila,

zároveň jsem kontrolovala množství snědeného jídla. Pacientka snědla vždy celou porci. Návštěvy z řad rodiny, které jí potraviny donášely, byly poučeny o výběru potravin vhodných pro pacientku. Protože nemocná měla sklon k přejídání se, vždy měla na stolečku v čase mezi podáváním ústavního jídla k dispozici pouze omezené množství potravin (např. jedno nakrájené jablko, jedno balení dia sušenek). Pacientka byla opakovaně informována o nutnosti dodržování diabetické diety, na mou ověřovací otázku proč tomu tak má být ale nedokázala odpovědět.

Zhodnocení ošetřovatelského plánu:

Během dne nedošlo k hypo ani hyperglykémii, pacientka měla dietní stravu rozdělenou do 5 porcí, které snědla celé. Nemocná pravděpodobně nerozuměla edukaci ohledně dodržování omezení cukrů v jídle, ale dietnímu režimu se podvolila.

5. Strach z onemocnění a ztráty sociální jistoty

Ošetřovatelský cíl:

- zmírnění nebo odstranění strachu pacientky
- pacientka spolupracuje s ošetřujícím personálem
- je klidná a plně informovaná o ošetřovatelském plánu

Ošetřovatelské intervence:

- promluvit s pacientkou o jejím strachu
- informovat pacientku o všech ošetřovatelských výkonech
- zajistit kontakt s ošetřujícím lékařem a psychologem
- seznámit ji s prostředím, provozem oddělení, spolupacientkami na pokoji
- akceptovat pacientku a vytvořit důvěryhodný vztah
- podávat anxiolytika a antidepresiva dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovatelského plánu:

S nemocnou jsem se snažila během všech ošetrovatelských výkonů navázat rozhovor, povzbuzovat ji v jejím snažení. Pacientka však vyjadřovala své pocity méněcennosti a nespokojenosti se svým fyzickým i psychickým stavem. Zároveň se omlouvala za svou nesoběstačnost, nejčastěji užívala výraz „votroubenost“, měla pocit, že je na obtíž. Snažila jsem se jí vysvětlit, že se na ni nikdo nezlobí a nevyčítá jí to. Na radu psychologa, který pacientku vyšetřoval, jsem jí ukazovala fotografie členů rodiny, opakovala s ní jejich jména, zkoušela nechat ji vzpomenout si například na jejich povolání. Před každým výkonem jsem znovu opakovala proč a jak ho budu provádět a jak mi může pomoci. Navázat kontakt s ostatními pacientkami se nesnažila, zřejmě je ani nevnímala. Návštěvy příbuzných i známých měla neomezené. V pravidelných intervalech jsem podávala antidepressiva ordinovaná ošetřující lékařkou.

Zhodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientka měla celý den smutnou až depresivní náladu, radost jí dělalo pouze jídlo. Pozornost upoutala rehabilitační sestra, se kterou pravidelně cvičí.

6. Potenciální riziko porušení kožní integrity z důvodu aktinoterapie a inkontinence

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka bude mít čistou, neporušenou, hydratovanou kůži
- nebude pociťovat bolest, ani jiný dyskomfort

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit šetrnou hygienu
- pacientku i rodinu poučit o vynechání mýdel a šamponů při hygieně ozařované oblasti
- používat vhodné ochranné prostředky hydratační a mastící
- zajistit dostatečnou výživu a pitný režim

- pravidelná kontrola a promazávání predilekčních míst
- pomoc s polohováním, zaujmutím pohodlné polohy
- pečlivá úprava lůžka
- používání antidekubitární matrace plněné vzduchem

Realizace ošetřovatelského plánu:

Pacientce jsem ráno a večer provedla hygienu celého těla a pokožku ošetřila tělovým mlékem. Během každé hygieny jsem promazávala a masírovala kůži na predilekčních místech, jako oblast sakra, lopatek, kyčlí a pat obou DK. Oblast genitálu jsem namazala tenkou vrstvou Menalind pasty. Tuto oblast jsem omyla a ošetřila po každém vyprázdnění. Kůži ozařované oblasti v týlu hlavy jsem namazala dle ordinace lékařky, mastí Calcium panthotenicum. Pacientku a její rodinu jsem edukovala o nutnosti omezení používání šamponu a promazávání kůže i po skončení léčby zářením alespoň dva týdny. Je to prevence vytvoření povrchové spáleniny. Pacientka se dokázala sama přetáčet z boku na bok podle své potřeby, bylo třeba jen upravovat polštář a přikrývku. Pokud chtěla ležet na břiše, bylo nutné dbát na polohu močového katétru a hadice sběrného sáčku. Nesměl být zalomený ani nesměl být pod tělem nemocné proto, aby se nevytvořily ani nejmenší otlaky. Na lůžku byla umístěná antidekubitární matrace plněná vzduchem. Nemocnou jsem krmila, pravidelně jí nabízela a doplňovala tekutiny v její lahvičce.

Zhodnocení ošetřovatelského plánu:

Nemocná měla čistou, suchou pokožku. Cítila se spokojeně, neudávala žádné nepříjemné pocity. Během popisovaného dne, ani během celé hospitalizace se na těle pacientky neobjevily známky otlaků či dekubitů. Výrazně tomu napomohl fakt, že byla zachovaná hybnost a vůle pacientky ke změnám polohy v lůžku. Jako součást prevence vzniku dekubitů byl pro pacientku výhodný velmi dobrý stav výživy a příjmu tekutin. Manžel nemocné pochopil význam péče o ozařované místo.

3. 6 Ošetřovatelský plán dlouhodobý

Závažná diagnóza pacientky s velmi nejistou prognózou a její stav je důvodem k pokračování ve všech stanovených krátkodobých diagnózách, samozřejmě s pravidelným přehodnocováním míry soběstačnosti nemocné, ošetřovatelských plánů a vhodnosti intervencí. V době před propuštěním pacientky domů už měla její rodina za pomoci sociální sestry domluvené služby agentury domácí péče, pro kterou jsme vypracovali předávací zprávu. Zpráva obsahovala stanovené ošetřovatelské diagnózy a jejich současné řešení. Manžel a děti byli podrobně edukováni o péči o ležícího pacienta, byli seznámeni i s postupem v případě vyskytnutí nečekaných nebo nově vzniklých ošetřovatelských problémů. Vzhledem k progresi onemocnění se nepochybně vyskytne problém vzniku dekubitů v důsledku postupné imobilizace. V předpokládané terminální fázi onemocnění pacientky zajistí odbornou péči agentura domácí péče, rodina se tak bude moci s nemocnou důstojně a citlivě rozloučit.

4 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU A POTŘEB PACIENTKY

Pacientka byla na naše oddělení přijata k paliativní aktinoterapii pro velmi závažnou diagnózu. Lékaři byla zpravena o špatné prognóze a o omezených možnostech terapie. Tuto informaci nesla velmi těžce a, jak sama uvedla, nechápala, jak se to mohlo stát. Nemocná působila vyděšeně a nejistě, zároveň však odhodlaně přistoupila k agresivní léčbě. Její naděje se upínaly k šanci, že se aktinoterapií zhoubný proces alespoň pozastaví. V průběhu hospitalizace se ale její stav po všech stránkách horšil, z čehož byla velmi zklamaná, vykazovala známky deprese. Lítostivé, plačtivé nálady se střídaly s nespokojeností sama se sebou. Zároveň se snažila až úzkostně vyhovět všem pokynům zdravotníků. Myslím, že personálu důvěřovala a proto ochotně spolupracovala. Před propuštěním domů byla pacientka somnolentní, pozornost udržela pouze krátkodobě. Působila spíše apaticky až odevzdaně.

4.1 Psychosociální dopad nemoci pro pacientku a rodinu

Psychosociální dopad byl pro pacientku i její rodinu obrovský. V minulosti nijak závažně nestonala, žila poměrně zdravým životním stylem. Jako čerstvá starobní důchodkyně si plánovala spolu s manželem dopřát vše, na co nebyl dříve čas. Bohužel již na první dovolené se projevil příznaky nemoci a pacientka musela po návratu domů navštívit specialistu. Protože nádor byl vícečetný a zasahoval z kalózního tělesa až k oblasti mozečku, už počáteční projevy onemocnění, jako vertigo, ztráta koordinace, velmi snižovaly míru soběstačnosti a tím kvalitu života. Po ozáření ložiska došlo k otoku mozku a ke zhoršení i kognitivních funkcí. Pacientka v podstatě nemohla opustit lůžko. I když byla na víkendy propouštěna do domácí péče, byla i tam upoutána k lůžku. Manžel nemocné nám sdělil, že jeho žena nechtěla přijímat návštěvy přátel a bývalých kolegyň, protože se za sebe styděla.

Protože se rodina rozhodla, že po skončení léčby budou o nemocnou pečovat sami doma, znamenalo to i pro ně velké změny. Vyžádali si pouze služby agentury domácí péče, která by jim zajistila odborný dohled nad nemocnou.

Nikdo z členů rodiny nebyl zdravotník, přesto neváhali s rozhodnutím ponechat si nemocnou doma a nabídku jejího umístění do hospice odmítli. Většina dospělých členů rodiny, včetně manžela, pracovala ve směnách. Domluvili se se zaměstnavatelem na službách tak, aby s pacientkou stále někdo doma byl. Předem si uspořádali chod celé domácnosti, museli narušit všechny zažité zvyklosti a stereotypy. Celá situace pro ně musela být velmi stresující, zvláště pro manžela, protože se naprosto změnily životní role jich obou. Musel se vyrovnat s tím, že z partnerky a manželky se stala nemohoucí pacientka plně závislá na jeho péči a také s faktem, že tento stav se už nezmění. Zkušenosti v ošetřování těžce nemocného člověka neměl žádné. Přesto se zdravotnickým personálem komunikoval otevřeně, všechny rady a informace akceptoval.

4. 2 Edukace

Témata edukace samotné pacientky se opakovala každý den, nemocná trpěla ztrátou velké části kognitivních funkcí, proto nebylo možné přesáhnout časový horizont několika hodin. Bylo nutné znovu připomínat proč a jak bude probíhat konkrétní výkon. Jednoduchá a konkrétní sdělení chápala a verbálně i snahou o spolupráci dala najevo porozumění. V čase před propuštěním nemocné proběhla intenzivní edukace rodiny, nejvíce manžela a starší dcery. Rodina byla seznámena s lékařskou prognózou a ošetrovatelským plánem, dostala kontakt na klinického psychologa. Se zdravotnickým personálem komunikovali otevřeně, prošli nácvikem péče jak o nemocnou samotnou, tak o močový katétr. Před propuštěním pacientky věděli, koho mají kontaktovat z dalších zdravotníků, včetně praktického lékaře, byli poučeni, kde a jakým způsobem se obstarávají jednorázové pomůcky či pleny. Byli poučeni, jak postupovat v případě dalších komplikací zdravotního stavu, včetně úmrtí pacientky.

5 ZÁVĚR

Pacientka byla po skončení léčby propuštěna v klinicky stabilizovaném stavu do domácího prostředí. Po ošetrovatelské stránce jsme splnili všechny plánované cíle, pacientku jsme předali poučené rodině. Prognóza jejího onemocnění byla více než nejistá, přesto bylo zřejmé, že i když už nešlo medicínsky ovlivnit délku přežití nemocné, šlo dobrou ošetrovatelskou péčí pozitivně ovlivnit kvalitu jejího života.

6 SOUHRN

Ve své práci jsem se s laskavým svolením pacientky a její rodiny pokusila přiblížit problematiku diagnózy maligní glioblastom multiforme. Toto onemocnění je závažné, s velmi špatnou prognózou. Klinické projevy choroby jako vertigo, ztráta koordinace, motoriky a v terminálním stadiu i ztráta kognitivních funkcí mozku výrazně snižují kvalitu života pacientů. Péče o takto vážně nemocné pacienty je velmi náročná, zdravotnický personál musí poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči. To vyžaduje vysokou odbornou úroveň, profesionalitu a zároveň i empatii vůči těmto pacientům. K práci zdravotnického pracovníka patří i umění dobře edukovat rodinu pacienta ve všech oblastech péče a podporovat je v jejich snaze o návrat pacienta do domácího prostředí.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie III*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-X.
2. DENKOVÁ, Marie. Domácí péče o pacienty v terminálním stavu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, str. 87-90. ISSN 1210-0404.
3. DUČAIOVÁ, J., LITVÍNOVÁ, B. Důstojnost při péči o onkologicky nemocné. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 5, str. 40-41. ISSN 1210-0404.
4. FROLÍKOVÁ, Petra. Kazuistika u pacienta s glioblastomem. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, str. 75. ISSN 1210-0404.
5. HENDERSON, V.A. *Základní principy ošetrovatelské péče*, ICN pro Mezinárodní radu sester, London, 1960
6. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
7. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
8. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

9. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

10. ROSINA, J., KOLÁŘOVÁ, H., STANEK, J. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 232 s. ISBN 80-247-1383-7.

11. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

12. ŠENKÁROVÁ, Zuzana. Hodnotící nástroje v paliativní péči. *Sestra*, 2013, ročník 23, č. 2, str. 38-39. ISSN 1210-0404.

13. ŠLAMPA, P., BURKOŇ, P., KOMÍNEK, L. Glioblastom přehled léčby. *Postgraduální medicína* [online]. 1. vydání, r. 2010, roč. 11, č. 7, s. 760-778. [cit.10.1.2013].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/glioblastom-prehled-lecby-454084>. ISSN: 1212-4184.

14. TOMIŠKA, Miroslav. Prevence nevolnosti a zvracení po chemoterapii. *Acta medicae*, r. 2012, roč. 1., č. 2, s.18-21. ISSN 1805-398X.

15. TOMIŠKA, Miroslav. Výživa onkologického pacienta. *Acta medicae*, r. 2012, roč. 1., č. 2, s. 62-65. ISSN 1805-398X.

16. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

17. VÍCHOVÁ, Jana. Dvě cesty, jeden cíl. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, ročník 6, č. 4, str. 42. ISSN 1801-1349.

18. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

CNS	– centrální nervový systém
MR	– magnetická rezonance
CT	– computer tomografie, počítačová tomografie
PET	– pozitronová emisní tomografie
DNA	– deoxyribonukleic acid, deoxyribonukleová kyselina
Gy	– gray, jednotka absorbovaného ionizačního záření jedním kilogramem látky
WHO	– World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
UICC	– Union Internationale Contre le Cancer, mezinárodní klasifikační systém nádorů
cpsl	– kapsle, léková forma
tbl	– tableta
inj	– injekce
ung	– unguentum, mast
LS	– léková skupina
I	– indikace
NÚ	– nežádoucí účinek
TK	– tlak krevní
P	– puls
TT	– tělesná teplota
D	– dech
DKK	– dolní končetiny
RTG S+P	– rentgen srdce a plic

PMK – permanentní močový katetr

PŽK – periferní žilní katetr

9 SEZNAM PŘÍLOH:

1. Anamnestický dotazník (zdroj: Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK Praha)
2. Plán ošetrovatelské péče (zdroj: vlastní)
3. Realizace ošetrovatelské péče (zdroj: vlastní)
4. Edukační záznam (zdroj: vlastní)

Ošetrovateľská anamnéza

Oddelení : *OROLOGICKÉ oddelenie, ON Kladno*

Datum a čas odběru anamnézy : *16.11.2014, 9-14^h*

Jméno (iniciály) : *EA* Pohlaví : *žena* Věk : *58 let*

Datum přijetí : *2.11.2014*

Datum propuštění : *16.11.2014*

Stav : *vstane*

Povolání : *stacijná dištriktor*

Rodina informována : ☒ ano ☐ ne

Diagnóza při přijetí (základní) : *turner corpus callosum*

Chronická onemocnění : *hypertenze*
hypotie

Infekční onemocnění : ☒ NE ☐ ANO

Režimová opatření : *kuřecí dieta*

Léčba:

Operační výkon : Pooperační den :

Farmakoterapie : *ASPIRIN tbl. 8-0-0*

HELICID tbl. 1-0-1

DEXALIN tbl. 1-1-1-1

MICRAN tbl. 0-0-1

TIPICIDAL tbl. 0-0-0-1

YANAX tbl. 1-0-0

KU tbl. 0-0-1

Jiné léčebné metody : *aktivoterapie*

Má nemocný informace o nemoci : ☒ ano ☐ ne ☐ částečně

Alergie : ☐ ano ☒ ne jaké :

Fyziologické funkce : P : *72* TK : *140/90* D : *15* SpO2 : *99* TT : *36,4*

Hmotnost : *69 kg* Výška : *165 cm*

1) Vědomí

stav vědomí : ☒ při vědomí ☐ porucha vědomí ☐ bezvědomí GSC :

☐ Orientovaný ☒ Deorientovaný

2) Boolest

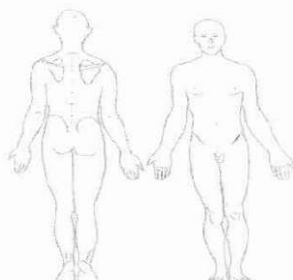
boldest : ☐ ano

☐ akutní ☐ chronická

☐ tupá ☐ bodavá ☐ křečovitá ☐ svalová ☐ jiná

☒ ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ☐ ano ☒ ne

dušnost : ☐ ano ☐ klidová ☐ námahová ☐ noční
☐ ne

Kuřák : ☐ ano ☒ ne Kašel : ☐ ano ☒ ne

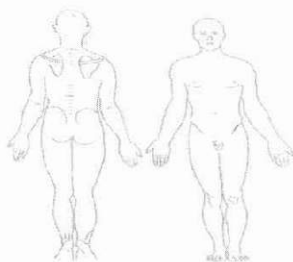
4) Stay kůže

změny na kůži : ☐ ano ☐ ekzém ☐ otoky ☐ dekubity ☐ jiné

☒ ne

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....16.....

lokalizace :



Ošetření rány:.....

Pohyblivost : ☐ chodící samostatně

☐ chodící s pomocí

☒ ležící pohyblivý

☐ ležící nepohyblivý

☐ pomůcky

jaké : *hrozdle, AD matrace, postavení na lůžku*

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *8*

hodina usnutí : *8.30*

poruchy spánku : ☒ ano ☐ ne

jaké : *buďna potíže s během dne*

hypnotika : ☐ ano ☒ ne

návyky související se spánkem : *z chodu zaspánou a s ráno vstáváním*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ☒ ano ☐ ne

jaké : *myšlen*

potíže se sluchem : ☐ ano ☒ ne

jaké : *.....*

porucha řeči : ☐ ano ☒ ne

jaká : *.....*

kompensační pomůcky : ☒ ano ☐ ne

jaké : *bylo na daleko*

orientace : ☐ orientován

☒ dezorientovaný

☒ místem

☒ časem

☐ osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : ☒ sám ☐ v kolektivu

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *malý pocit méněcennosti, ale je neobtěžován*

pocit zlosti, vzteku : ☐ ano ☒ ne

pocit strachu : ☒ ano ☐ ne

z čeho : *z minulosti, z minulosti, z látky*

pocit úzkosti : ☒ ano ☐ ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce : *mlčí*

emocionální stav : *klid, šťastná*

Úroveň komunikace a spolupráce : *autonomní, informovaní, ale stále se*

vyvíjejí

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *spolupráce, spolupráce i v rodině*

bydlí doma sám : ☐ ano ☒ ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *manžel a děti*

kontakt s rodinou : ☒ ano ☐ ne

kontakt s rodinou a s blízkými

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): *depresivní úroveň každodenního života*

Úrazy: ☐ ano ☒ ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění: *běžné dětské choroby, neštovice, záčernky*

Infekční onemocnění: ☐ ano ☒ ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *9/145g* Nutriční skóre: *1 bod*

Chuť k jídlu: ☒ ano ☐ ne

Potíže s přijímáním potravy: ☐ ano ☒ ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost: *ovocná, zeleninová, mléčná*

Užívá doplňky výživy: ☐ ano ☒ ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: *1500 ml* Druh tekutin: *čaj, voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ☐ ano ☒ ne o kolik:

Umělý chrap: ☐ ano ☒ ne ☐ horní ☐ dolní

Potíže s chrapem: ☐ ano ☒ ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ☒ ano ☐ pálení ☐ řezání ☐ retence ☒ inkontinence
☐ ne ☐

problémy se stolicí: ☐ ano ☐ průjem ☐ zácpa ☐ inkontinence
☒ ne

stolice pravidelná: ☒ ano ☐ ne

poslední stolice: *19.12.2011*

Způsob vyprazdňování: *podložní mísa/močová láhev*

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *1*

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *normální, 1x6 každý den*

Barthel test: *15 bodů*

Riziko pádu: *ANO* skóre: *14*

NE

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : 3

počet potratů : 0

antikoncepce : ☐ ano ☒ ne jaká :

pravidelnost menstruace : ☐ ano ☐ ne Klimakterium : ☒ ano ☐ ne

problémy s prostatou : ☐ ano ☐ ne jaké :

pohlavní onemocnění : ☐ ano ☒ ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování : /

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : ☐ klidný ☐ rozrušený ☒ úzkostný ☒ depresivní ☐ strach

prožívá nějaké napětí : ☒ ano ☐ ne jaké, z čeho : kluk & mladá, budoucnost

způsob odražení : plát, rty, jídlo

kouření : ☐ ano ☒ ne kolik :

alkohol : ☒ ano ☐ ne kolik : přibližně 100

drogy : ☐ ano ☒ ne jaké :

15) Víra

Víra ☐ ano ☒ ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ☐ ano ☒ ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ☒ ano ☐ ne

i.v. vstupy : ☒ ano ☒ periferní datum zavedení : 19.12.04 kde : Ležebna LHK

Stav : bez známek kardiit

☐ centrální datum zavedení : kde :

stav :

☐ ne

Sonda : ☐ ano ☒ ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ☐ ano ☒ ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ☐ ano ☒ ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ☐ ano ☒ ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ☐ ano ☒ ne

Epidurální katétr : ☐ ano ☒ ne

Jiné invazivní vstupy :

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: DVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmátený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč-stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: DVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

!sou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input checked="" type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input checked="" type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pohyb prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odc.	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> znakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spo. upracující	0b
- částečně	1b
- nespolečupracující	2b
Přítomný důkaz: pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
Máte v noci mučení na močení?	ANO 1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

Ošetrovatelské zhodnocení

Normální pacient, na dotek a otázky "probuditelný", vstává.
 Dříve připraven aut. pádu, ale nedělal koordinované pokusy.
 Pacienta přibližně komunisty "něco vadilo" vč. ve všech oblastech,
 v koordinaci "Bartol" tedy dráha první se tedy. Riziko
 pádu z vysoce, riziko vzniku delirio je střední.
 Mužina nov pacienta je dobrý.
 Pacienta mluví "středně", FF i norm. Průběh vstupu Pk a PMK
 se známé kádru. Nutná péče o sušení pokožky.

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

PLÁN KRÁTKODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE			
Ošetřovatelská diagnóza	Krátkodobé cíle	Ošetřovatelské intervence	Stanovila
1. Deficit sebepéče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy a upravitel- nosti	- aktivně kapóvat do aktivních činností - udržovat pravidelnou schůzovost v oblasti příjmu potravy a upravitelnosti - medice a aspirace	- pravidelně hodnotit kvalitu schůzovosti - kapóvat kabi. příč přesvědč. a teoretim - kapóvat pomoci při upravitel- nosti - kapóvat pomoci k čišťce	Hamedji Hrnčířová Blanka
2. PR vysokého rizika kardiovaskulární PMK a PPK	- monitorovat se kardiovaskulární	- sledování míry krevního tlaku - pravidelně aplikovat protiz - sledování diety krevního tlaku - sledování krevního tlaku - pravidelně upravitelnost - upravitelnost krevního tlaku	Hamedji Hrnčířová Blanka
3. PR pádu z důvodu omocněním RM; slabosti, křeh- kosti a poru- mí medice	- medice k úmrtí a pádu - pravidelně monitorovat schůzovost a upravitel- nost	- sledování míry krevního tlaku - pravidelně aplikovat protiz - sledování diety krevního tlaku - sledování krevního tlaku - pravidelně upravitelnost - upravitelnost krevního tlaku	Hamedji Hrnčířová Blanka
4. PR nespojitosti kardiovaskulární upravitelnosti glukózy, cholesterolu	- sledovat pravidelně schůzovost - pravidelně sledovat schůzovost a upravitel- nost	- sledování míry krevního tlaku - pravidelně aplikovat protiz - sledování diety krevního tlaku - sledování krevního tlaku - pravidelně upravitelnost - upravitelnost krevního tlaku	Hamedji Hrnčířová Blanka
5. PR kardiace a křehkosti schůzovosti	- pravidelně sledovat schůzovost - je křehká a upravitel- nost - sledování míry krevního tlaku	- sledování míry krevního tlaku - pravidelně aplikovat protiz - sledování diety krevního tlaku - sledování krevního tlaku - pravidelně upravitelnost - upravitelnost krevního tlaku	Hamedji Hrnčířová Blanka
6. PR porušení schůzovosti a upravitel- nosti	- sledovat pravidelně schůzovost - pravidelně sledovat schůzovost a upravitel- nost	- sledování míry krevního tlaku - pravidelně aplikovat protiz - sledování diety krevního tlaku - sledování krevního tlaku - pravidelně upravitelnost - upravitelnost krevního tlaku	Hamedji Hrnčířová Blanka

REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU			
Dg	REALIZACE OŠ. PLÁNU	HODNOCENÍ OŠ. PLÁNU	ZAPSALA
1. Deficit sebedpěče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy a vyprazdňování	učitelka koupala dítě, hygienou, oblékání, příjmu potravy a vyprazdňování	pacientka má vliv na hygienu, oblékání, příjmu potravy a vyprazdňování	Hamendí Hrnčířová Blanka
2. PR vzniku infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK	pacientka byla podána PMK a PŽK, zavedení PMK a PŽK	pacientka byla podána PMK a PŽK, zavedení PMK a PŽK	Hamendí Hrnčířová Blanka
3. PR pádu z důvodu onemocnění CNS, slabosti, ztráty orientace a podávané medikace	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	Hamendí Hrnčířová Blanka
4. PR hypo/hyper glykemie z důvodu podávání glukokortikoidů	pacientka byla podána glukokortikoidy, podávání glukokortikoidů	pacientka byla podána glukokortikoidy, podávání glukokortikoidů	Hamendí Hrnčířová Blanka
5. Strach z onemocnění a ztráta sociální jistoty	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	Hamendí Hrnčířová Blanka
6. PR porušení kožní integrity z důvodu aktinoterapie a inkontinence	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	pacientka byla podána medikace, ztráty orientace a podávané medikace	Hamendí Hrnčířová Blanka

EDUKACE PŘED PROPUŠTĚNÍM PACIENTKY DO DOMÁCÍ PÉČE

EDUKACE KOHO	TÉMA	POUŽITÁ METODA	VÝSLEDEK EDUKACE	KDO PODAL INFORMACE
RODINA - manžel + dcera	kompletní péče o onkologického pacienta	ústní + náčrtek	manžel i dcera se opakovaně ptají, ale poskytnutí důvěryhodnosti, edukace se bude opakovat	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka
PACIENTKA, RODINA	specifická výživa, dodržování dietního režimu	ústní	pacientka, především informovanost, důležitost dodržování dietního režimu a opatření v uvidomugi	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka
RODINA manžel + dcera	péče o močový kálek, výměna sádky	ústní + náčrtek	manžel, pacientka, především informovanost, poskytnutí důvěryhodnosti	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka
PACIENTKA, RODINA	průběh onemocnění	ústní	manžel, pacientka, především informovanost, poskytnutí důvěryhodnosti, edukace se bude opakovat	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka
PACIENTKA, RODINA	RbB na kůži	ústní + náčrtek	manžel, pacientka, poskytnutí důvěryhodnosti, edukace se bude opakovat	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka
PACIENTKA, RODINA	průběh a její prognóza, možnosti domácí péče, hospicová péče	ústní	pacientka, informovanost, poskytnutí důvěryhodnosti, poskytnutí domácí péče, poskytnutí hospicové péče	Hamendli Hrnčířová Blanka Jelka